

# EL ENFERMO MENTAL: PRAXIS SOCIOSANITARIA

*Isabel Arboniés.*  
Presidenta de ANASAPS

## 1)– INTRODUCCIÓN

Lo primero que pensé y más que pensar me pregunté fue: ¿que voy a decir si no hay praxis socio-sanitaria como tal? **hay praxis virtual**, documentos, planes de papel, o en todo caso **un espacio sanitario-social**, donde el peso de la atención y de inversión económica sigue estando en lo sanitario.

En la Justificación de estas Jornadas se menciona al Informe de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) del 2002. Lo primero que me gustaría destacar es la CANTIDAD DE TESTIMONIOS OFICIALES SOBRE LLAMADAS DE ATENCIÓN E INCUMPLIMIENTOS SISTEMÁTICOS RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES, entendiendo que me refiero a las **personas con trastornos mentales crónicos que represento en esta Mesa**. Por citar **sólo los más recientes**:

### EN NAVARRA

- **Memoria de Salud Mental 2001** – “un año más el desarrollo de recursos socio-sanitarios para personas con enfermedad mental ha encontrado serios problemas. Todo esfuerzo sanitario para mejorar la atención de los enfermos graves puede ser insuficiente si no se desarrolla el área sociosanitaria”
- **Plan Foral de Salud 2001-2005** – Donde se reconoce que “los trastornos mentales graves son uno de los grupos más prevalentes, más incapacitantes y de duración persistente que plantean necesidades que superan con creces lo que puede ofrecer el sistema sanitario”. Se detecta pacientes crónicos jóvenes con demanda de servicios en el espacio comunitario y con un elevado peso sobre sus propias familias.

- **Memoria de Salud Mental 2002** (la última publicada) – reconoce que “La atención Socio-sanitaria es la asignatura pendiente de la reforma psiquiátrica.
- **Memoria 2002 del Servicio Navarro de Salud** – (SNS-O) – reconoce que “No ha sido posible avanzar en el 2002 en el desarrollo de recursos socio-sanitarios dirigidos a enfermos mentales.”
- **Informe Especial de la Defensora del Pueblo sobre la atención a la Salud Mental en Navarra** – del **2003**, califica la situación de emergencia social y recomienda retomar la reforma del 86 con un nuevo modelo de gestión; constituir una red de servicios integrados de Salud mental; una Carta de Servicios que atienda el derecho a los servicios sociales y atención comunitaria; un mayor esfuerzo en la prevención y promoción de la salud mental y establecer marcos de actuación con las organizaciones sociales entre otras.

### EN EL AMBITO ESTATAL

- **Informe 2002 de la Sociedad Española de Salud Pública (SESPA)** que critica el trasvase de responsabilidad desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos. Según el SESPAS persiste una notable insuficiencia de recursos humanos y materiales, acentuadamente en lo que se refiere a dispositivos comunitarios de atención a los grupos más vulnerables de enfermos; falta de equidad dentro del sistema sanitario español y de la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación y de sistemas de evaluación estables. Dicho **Informe solicita** entre otros puntos: el establecimiento de un **mapa estatal de servi-**

**cios sociosanitarios** en Salud Mental; la **aplicación del principio de la discriminación positiva; acabar con la contención de costes en la planificación y la asignación de recursos en salud mental.**

- **El Informe de Situación de Salud Mental del Ministerio de Sanidad** de octubre del 2002 donde el Ministerio corrobora lo que algunos llevamos años reclamando como: la **carencia de un espacio socio-sanitario**, específicamente para los pacientes crónicos que falta desarrollar; la **indefinición de una Cartera de Servicios**; En sus **conclusiones** constata una gran diversidad de sistemas, programas y proyectos piloto en cada Comunidad. La carencia de algún elemento o dispositivo de atención a la salud mental en prácticamente todas las Comunidades y los desajustes de recursos y dispositivos de las redes. **E Ministerio recomienda** entre otras cuestiones: **elaboración** conjunta del Ministerio y las Comunidades de unos **estándares de atención** para evitar las grandes diferencias regionales; establecimiento de **indicadores** básicos en Salud Mental **para su plena eficacia**; elaboración de una **Cartera de Servicios, subsanar las carencias de coordinación socio-sanitaria** para evitar los vacíos de asistencia y revisar cada 3-5 años el desarrollo de las recomendaciones de este Informe.
- Las **XVII Jornadas de Defensores del Pueblo en noviembre del 2003 dedicadas a la salud mental**, concluyeron en la necesidad de instar a las Administraciones Públicas a garantizar el derecho de asistencia, a desarrollar la regulación de los servicios de salud mental y recoger las reivindicaciones de las Asociaciones españolas que reclamamos desde hace años un tratamiento integral y no sólo sanitario.
- Y también merece recordar las **conclusiones de las III Jornadas de Responsables de Salud Mental de las 17 CCAA** del 2003, donde se acordaron entre otras cuestiones: que la rehabilitación en salud mental es un tratamiento sanitario y una prestación universal; promover el modelo de atención bio-psico-social integral; elaborar unos criterios comunes y **una Cartera de servicios** y dar relevancia a los valores éticos.

## 2) – ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA

El tratamiento de las personas con enfermedad mental que tiene 3.500 años de historia.

Los egipcios y los griegos ya la trataban como una enfermedad que afectaba a las funciones del cerebro. En la Edad Media las enfermedades mentales fueron consideradas por la Iglesia Católica como posesiones demoníacas y la tortura y la hoguera fueron prácticas comunes. El tratamiento científico se retoma con la Ilustración en el siglo XVIII, siglo donde la ciencia levanta grandes expectativas que luego se frustran. En el siglo XIX el tratamiento de los enfermos mentales en España tiene un enfoque asilar y de beneficencia. Entre 1879 y 1919 se crean los grandes manicomios, de los que el 55% los crean las ordenes religiosas como las hospitalarias. Uno de ellos es el de Pamplona que este año celebra su centenario y que se ha reconvertido en psicogeriátrico. El gobierno Central no asume la asistencia psiquiátrica y pasa la patata a las Diputaciones que deben sostener unos centros de extra-radio que deben autosatisfacer todas las necesidades de subsistencia, con un enfoque de custodia de enfermos. Y ya en los años 50 el tratamiento de las personas afectadas da un giro importante con el descubrimiento, de fármacos de contención que posibilitaron, entre otras cosas, la salida de los psiquiátricos. Portanto, LA ENFERMEDAD MENTAL ARRASTRA COMPONENTES ideológicos, religiosos y filosóficos AJENOS AL TRATAMIENTO CIENTÍFICO DE LA PATOLOGÍA.

## **3) – LA SITUACIÓN QUE SE CREA A PARTIR DE LA REFORMA**

**PSIQUIATRICA DEL 86**, merece también un pequeño análisis que concretaré en LOGROS (positivos) y (negativos) o CUESTIONES NO RESUELTAS:

### **LOGROS**

La Reforma que posibilitó la salida de los Psiquiátricos, tiene una importancia capital y la consideramos altamente positiva, desde el punto de vista humano y social.

1º) Dio inicio a un complejo proceso de rehabilitación e incorporación social que dignificó la existencia de las personas recluidas y dignificó también al conjunto de

la sociedad que rescató a unos ciudadanos históricamente condenados al aislamiento social por su modo diferente de interpretar la realidad, también por el miedo irracional a no saber cómo adaptarlos y adaptarnos todos nosotros a un marco común de convivencia. Por supuesto dignificó también al contexto administrativo y político que tuvo la sensibilidad de promover y ampliar el abanico de posibilidades de las personas con enfermedad mental y promover las oportunidades de apoyo social para lograr una integración que tiene mucho que mejorar. Como otras reformas sociales fue fruto de aquél contexto que se vivió en la década de los 80, con una Constitución reciente que reconocía derechos individuales, derechos civiles, que abolía la discriminación, las barreras y establecía la igualdad de oportunidades entre individuos y grupos sociales, garantizando el cuidado en situaciones de dependencia y vulnerabilidad.

2º) Permitted recuperar el status ciudadano para este amplio colectivo social y mejorar las condiciones de tratamiento al hilo también de los avances científicos. Se socializó la enfermedad mental como el resto de enfermedades crónicas multifactoriales adaptándonos unos y otros a una convivencia de creciente normalización gracias a una labor importante y sostenida que hemos hecho las Asociaciones de afectados a lo largo de las últimas décadas.

#### **CUESTIONES NO RESUELTAS Y QUE SE HAN IDO ACUMULANDO**

1º) Se ha ignorado, que algunos crónicos no pueden soportar los estresores externos, los conflictos emocionales y requieren vivir a cubierto de una institución permanentemente. Y hoy varias decenas de personas están fuera de Navarra, algunas en Málaga lejos de todos sus referentes con un coste emocional y económico familiar, además de algunas por su edad ya les es imposible viajar a otras CCAA.

2º) **No se han desarrollado** en 18 AÑOS POLÍTICAS SOCIALES PÚBLICAS de **protección** ante la vulnerabilidad de las personas con trastornos mentales graves, para **aminorar los efectos negativos y el impacto** que produce la discapacidad temprana. **Políticas activas** para responder a los retos CONOCIDOS YA en La década de los 70 COMO:

DISMINUCIÓN DEL TAMAÑO DE LAS FAMILIAS,

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL,  
INCORPORACIÓN DE LA MUJER AL MUNDO LABORAL,

CRECIMIENTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES,

3º) No se ha previsto el hecho de que una SOCIEDAD COMPLEJA, COMPETITIVA, CONVERTIDA EN UN MERCADO, PODIA requerir AUMENTAR y DIVERSIFICAR **estructuras externas de** atención y cuidado, y por supuesto adoptar medidas de PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL para detección precoz de población de riesgo. **(Prevenir siempre es más barato y eficaz).**

4º) EL NO DESARROLLO DE LA REFORMA **ha tenido y tiene graves consecuencias para la población afectada de forma crónica. Da la impresión DE QUE EN AQUEL MOMENTO INICIAL LA REFORMA SE CENTRÓ EXCLUSIVAMENTE EN CUBRIR LA SALIDA DE PACIENTES DE LOS PSIQUIÁTRICOS.**

#### **4) – EL MOMENTO ACTUAL EN LA SALUD MENTAL DE NAVARRA**

Navarra pone en marcha en **1987** una Red sanitaria pública de Salud Mental que fue potente en aquellos momentos e inició atendiendo a **5.919 pacientes y 38 mil consultas**. En el **2002 el número de pacientes fue de 17.616 y el de consultas fue de 91 mil**. Por destacar lo más significativo de los datos oficiales de la red pública, ya que nada sabemos de los datos de la red privada que existe, nos vamos a referir con preocupación al aumento de un 38,74% de menores de 16 años diagnosticados entre 1998 y el 2002 y el aumento en este mismo periodo de un 18,12% en los trastornos graves.

**La red sanitaria pública de Salud Mental en Navarra fue otro de los logros** de aquella Reforma, necesitada hoy de una revisión en su capacidad, más que nada en recursos humanos y en la calidad asistencial, ya que fue creada para una prevalencia de la enfermedad mental del 1,7% de la población, PERO NO para un **4% o 5% actual**. Hoy se ha convertido en un cuello de botella por que donde realmente NO SE HA INVERTIDO ES EN LOS RECURSOS SOCIALES que iban a garantizar la continuidad de los cuidados.

La atención en la Comunidad que requería la puesta en marcha de dispositivos y prestaciones sociales ha sido prácticamente inexistente. Ha habido una fuerte resisten-

cia y contención desde las Administraciones Públicas a poner en marcha recursos y dispositivos de atención en la Comunidad. Lo poco que se ha creado ha venido por el sistema de cuenta – gotas y bajo gran presión. Un ejemplo son las 30 plazas ocupacionales anunciadas en el 2000, que se han puesto ahora en marcha. Es un tercio de la lista de espera de casos muy graves, que en algún caso que conocemos sólo llevaba cuatro años y medio esperando. No olvidemos que la base de la reforma era precisamente la provisión de recursos comunitarios.

La coordinación de los dispositivos sanitarios y sociales ha sido otro caballo de batalla que nos ha tenido a las familias como las perlotas de ping pong. No se ha modernizado la gestión de los servicios públicos. HAY QUE IR HACIA UNA GESTIÓN PÚBLICA HORIZONTAL Y ACCIONES TRASVERSALES.

### ¿A QUE NOS HA CONDUCIDO TODO ESTO?

**A CARGAR SOBRE EL RECURSO FAMILIAR o más precisamente a LAS MUJERES** – UN 80% CON UNA MEDIA DE EDAD DE 57 AÑOS, el 30% supera los 60 años para cubrir TODAS LAS CARENCIAS, INCLUYENDO LA RESPONSABILIDAD PÚBLICA INCOMPLETA. Es el ESTADO DE BENEFICENCIA PURO Y DURO, que no se **entiende** en una Comunidad como Navarra con capacidad de autogestión y nivel socioeconómico de los más altos de todo el Estado.

NOS PREGUNTAMOS ¿QUIEN NOS VA INDEMNIZAR POR HABERNOS UTILIZADO COMO SUSTITUTOS DE RECURSOS Y Responsabilidades que COMPETÍAN A ESTAMENTOS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA? Con o sin intención se NOS CARGÓ el PESO DE UNA REFORMA ESTANCADA Y EL RESULTADO HA SIDO BRUTAL.

**EL MOMENTO ACTUAL tiene luces y sombras.** La esfera profesional, estamentos de la Administración Públicas y las familias SABEMOS LO QUE HAY QUE HACER, cosas prácticas y concretas, donde está el horizonte de la Salud Mental, pero **persiste EL BLOQUEO DE DECISIONES, ACCIONES, DE PRESUPUESTO Y EN DEFINITIVA DE VOLUNTAD. Todo ello tiene que emanar de la esfera política. La salud mental tiene que tener hueco en la agenda polí-**

**tica**, ser prioritaria y concretarse en compromisos económicos, como se hace con otros intereses políticos.

### RETOS NECESARIOS DE ABORDAR (desde ANASAPS):

- **adecuación de dispositivos y recursos humanos de la red de SM actual.** Rentabilizar esos centros, mejorar la calidad de su asistencia y establecer con urgencia la atención preferente y ágil para los crónicos y graves. No podemos seguir atrapados en los atascos.
- **garantizar la equidad** en relación al riesgo de los pacientes.
- prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y en la eficiencia demostrada de los tratamientos,
- Racionalidad y seguridad en el uso de los fármacos.

### SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOS PACIENTES POLIMEDICADOS.

- Aplicar soluciones eficientes y prácticas para cada caso.
- **Puesta en marcha ¡YA! de dispositivos y prestaciones sociales retenidos**, integración de los que ya existentes para completar una atención global a la Salud Mental.
- Reforma de los Servicios Sociales de Base, con una COORDINACIÓN UNICA también con la red educativa
- **Prevención temprana** a través de programas de educación para la salud y estilos de vida saludables y **detección precoz de población de riesgo.**
- **Equipos de atención comunitaria** en crisis y respiro familiar en el caso de crónicos y graves.

Consideramos que se debe ir hacia un modelo de atención bio-psico-social integral. Las próximas Jornadas de salud mental de ANASAPS en octubre tendrán como título "El modelo bio-psico-social como tratamiento integral de las personas con trastornos mentales crónicos".

## **PARA ELLO HACE FALTA ¡YA!:**

1º - **Asumir y articular la responsabilidad pública** en la atención de las personas con enfermedad mental en Navarra.

2º - Planificar las acciones, dotarlas de soporte presupuestario anual, calendario de ejecución y evaluación de resultados.

3º - Regular por Ley la atención sociosanitaria a este colectivo y al colectivo de personas con discapacidad y dependencia – derechos, deberes, prestaciones y servicios.

### **ASPECTOS A REGULAR Y GARANTIZAR:**

#### **A - Universalidad de los servicios sociosanitarios.**

Que no necesariamente significa la gratuidad de todos ellos, pero NADIE QUEDE COMO AHORA SIN SERVICIO, porque se consideren gratiables o en el peor de los casos una cuestión de beneficencia.

**B - La equidad** según riesgo, situación socio-familiar y distribución geográfica de los recursos.

**C - Cartera de servicios y prestaciones públicas clara** con sus baremos, forma de acceso, financiación, etc.

**D - Red integrada de servicios sociosanitarios de coordinación unificada, ágil y flexible** donde estarían integrados los recursos ya existentes y los de nueva creación, con una distribución geográfica planificada.

4º - La Transversalidad, flexibilidad, agilidad y prioridad para la población cronicada que presenta patologías duales, consumos y retraso mental. Estos grupos se encuentran olvidados cuando no son rechazados.

5º - **Prestaciones económicas “mínimamente suficientes”** para las personas con trastornos mentales graves. No olvidemos que el Estado de Bienestar Social y la calidad de una sociedad se mide por cómo trata a sus miembros más vulnerables.

## **5) – EL PAPEL DEL MOVIMIENTO ASOCIATIVO DE AFECTADOS Y FAMILIARES Y EL DE ANASAPS frente a una situación que tiene que ser urgentemente superada.**

**ANASAPS nace en 1987**, tras la reforma psiquiátrica, creada por un Grupo de familiares de enfermos mentales que salieron del psiquiátrico. Hoy con casi 900 socios y 5 Delegaciones – Pamplona – Tudela – Tafalla – Estella y Zona Norte, **ejerce una doble función:** por un lado la **defensa colectiva** de los intereses que representamos y por otro la **colaboración con las Administraciones Públicas** en la prestación de una serie de servicios comunitarios diversificados y especializados en las zonas de Navarra donde tenemos ubicación geográfica.

A) En la vertiente de prestadores de servicios públicos subvencionados mayoritariamente por el Gobierno de Navarra y últimamente también por algunos Ayuntamientos de Navarra que van tomando conciencia de esta realidad ciudadana y colaboran con ANASAPS. Nos hemos ido COMPROMETIDO ACTIVAMENTE EN SOLUCIONES CONCRETAS a lo largo de estos 17 años, en parte porque era necesario avanzar en soluciones que luego han ido siendo acogidas por la Administración Foral que ha visto que nuestro servicio cubre necesidades reales, resulta mucho más barato, ágil y flexible. Así hemos ido desarrollando una serie de Servicios y Programas:

**para las personas con enfermedades crónicas** – Servicio de Intervención Sociocomunitaria, Servicio de Ocio, Promoción Cultural y Deporte Adaptado (con la mayoría de actividades desarrolladas en espacios públicos normalizados), programas de Vacaciones, de Fines de Semana, Programas Extraordinarios de Fiestas y Excursiones y una Comisión de Usuarios es muy activa.

**para las familias** – Servicio de Atención Directa, Escuela de Familiares, Grupo de Autoayuda, Servicio Jurídico, Comisiones de Trabajo – Comisión de Sensibilización y Acogida, T.L.P.,

**para la Sociedad** – Toda una gama de actividades volcadas en la sensibilización social con: jornadas, charlas, encuentros monográficos, centros educativos, Universidades y medios de comunicación, para avanzar en el marco de la normalización social.

Desde nuestra experiencia de puesta en marcha de servicios y programas de atención comunitaria para personas con trastornos mentales crónicos, la madurez que va alcanzando nuestro proyecto asociativo y la URGENCIA DE DAR RESPUESTA A UN RETO SOCIAL INAPLAZABLE, nos hemos lanzado a **la creación de la Fundación ANASAPS para la atención integral de las personas con enfermedad mental CRÓNICA ante:**

**1º la apremiante necesidad** de las familias mayores donde la edad, la degeneración o la falta de uno de los progenitores demandan de forma dramática tener a sus hijos dignamente asistidos.

**2ª Cumplir nuestra finalidad** de VELAR POR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS QUE REPRESENTAMOS manteniendo su **atención, fuera de intereses con ánimo de lucro**. Queremos responsabilizarnos directamente de **personas altamente vulnerables** que no pueden verse sometidas a dinámicas de mercado.

El objeto principal de la Fundación es la cobertura de las necesidades residenciales y de apoyo comunitario de las personas con trastornos mentales crónicos, utilizando toda la gama de servicios y programas que ya dispone ANASAPS para lograr que la vida diaria de estas personas tenga calidad y tenga un cometido práctico.

B) - En la vertiente de movimiento social de defensa de los intereses colectivos de afectados y familiares

Tenemos sin duda una historia que contar como movimiento social pero que no ha lugar aquí de nuestra trayectoria, de los **cambios más recientes** que han supuesto la revitalización incluso generacional, nuevas ideas, más dinamismo, mayor impulso, crecimiento de socios, expansión geográfica y sobretodo mayor conciencia de nuestros derechos humanos y civiles. Así **hemos salido de la invisibilidad, del silencio y de la apatía** que nos ha contenido durante 17 años para **reclamar nuestros derechos ciudadanos de forma pública y activa**. En este marco se sitúan las **Jornadas de octubre** donde se alcanzó un consenso unánime respecto a la urgencia de solucionar nuestra problemática y alcanzar un acuerdo global de todos los sectores implicados.

**El Día Mundial de la Salud Mental** salimos al monumento a los Fueros junto con Foro Salud mental

para reivindicar un compromiso público global que superara el retraso histórico en el tratamiento de la enfermedad mental y equiparara la atención de la enfermedad mental al resto de las enfermedades.

ANASAPS ha trasladado a diferentes foros e Instituciones públicas, no sólo nuestra protesta, sino también nuestras ideas y propuestas. Nuestro objetivo pendiente ha sido y es lograr compromisos. Esto nos llevó a comparecer el 21 de noviembre ante las Comisiones de Salud y Asuntos Sociales en el Parlamento y el 23 de diciembre a las puertas del Parlamento para reclamar públicamente mayor responsabilidad pública en la salud mental y compromisos con contenido económico. Y el próximo día 25 tendremos la visita de las Comisiones de Sanidad y Asuntos Sociales del parlamento de Navarra en las instalaciones de ANASAPS en un momento donde **CORREMOS EL RIESGO DE UN ESTRANGULAMIENTO ECONÓMICO EN SERVICIOS Y PROYECTOS**.

Esto no quita para nada que sigamos creyendo que **el mejor método de trabajo Y NUESTRA VOCACIÓN es la colaboración con las instituciones navarras**, tanto Forales como locales. Nos parece que y superar los retos ciudadanos para los que habrá que contar con **sólo desde un marco de colaboración y entendimiento es posible avanzar**.

## 6) - LLAMAMIENTO

Finalizaré haciendo un **llamamiento público a la responsabilidad institucional de los gobiernos, de nuestro Gobierno de Navarra** para acabar con la indigna situación que viven las personas con enfermedad mental y las familias cuidadoras, que **pongan en marcha los recursos comunitarios retenidos** por los sucesivos gobiernos desde 1986, **especialmente los recursos sociales necesarios para la continuidad de los cuidados sanitarios**, imprescindibles para las personas afectadas por trastornos mentales graves y crónicos. **Que se incluya la Salud Mental en la agenda política y se adquieran compromisos presupuestarios**.

Una sociedad sana no puede permanecer impasible ante el sufrimiento de una parte de ella vulnerable y a la que tiene el deber moral de cuidar.